Aus der medizinischen Univers.-Poliklinik Breslau
(Professor Dr. Bittorff)

Der Oesophagus bei Kyphoskoliosen im Röntgenbilde.

Auszug aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Leonhard Hübner
Arzt in Breslau.

Gedruckt mit Genehmigung der medizin. Fakultät der Universität Breslau.
Referent: Professor Dr. Bittorff.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Der Oesophagus ist bis jetzt am Lebenden noch nicht untersucht worden. Es ist das aber von großem Interesse, weil klinische Erscheinungen einer eventuellen Kompression oder Knickung trotz der Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens nur selten beobachtet werden.

Die pathologisch-anatomischen Arbeiten, insbesondere die umfassende von v. Hacker und die von Bachmann, betonen vor allem das Bestreben der Speiseröhre, möglichst den geraden Weg vom Hals zum Zwerchfell zu nehmen, sich als Sehne zum Bogen der Wirbelsäule einzustellen, im Gegensatz zur Aorta, die durch die Intercostalarterien an sie fixiert wird. Die dabei nötige Verkürzung geschieht durch tonische Kontraktion der Muskulatur. Nicht selten werden Ausbiegungen und Knickungen der Speiseröhre mehr oder weniger hohen Grades bis zum spitzen Winkel beobachtet. Je höher der Grad der Deformität, desto mehr nimmt die Häufigkeit des Auftretens ab. Als Ursache werden genannt das Herz, der Druck der deformierten Organe, die Bifurkation der Trachea, Verlötungen an kariöse Wirbelkörper und bis jetzt ungeklärte Momente. Wenn die Hauptkrümmung der Wirbelsäule nach rechts und im unteren Brustabschnitt gelegen war, fand v. Hacker den Hiatus der Speiseröhre in der der Quere nach erweiterten Thoraxhälfte liegend, stark ausgeweitet und ohne Enge in den Magen übergehend.

Zur Untersuchung am Lebenden wurde das Röntgenverfahren angewandt. Die Beobachtung geschah während des Hindurchtrittes des verabfolgten Kontrastbreies, gewöhnlich im I. schrägen, wenn möglich auch im geraden Durchmesser.

Die Speiseröhre im normalen Körper zeigt im geraden Durchmesser völlig gestreckten Verlauf, im I. schrägen ein Anlehnen an die Wirbelsäule; nur im untersten Abschnitt eine leichte Krümmung von ihr fort, der physiologischen Krümmung zum Hiatus hin entsprechend.

Das Verhalten der Speiseröhre im kyphoskoliotischen Körper läßt drei Gruppen unterscheiden. Die erste Gruppe der unkomplizierten Verbiegungen leichten bis mittleren Grades zeigt im geraden Durchmesser in der Regel einen gestreckten, im I. schrägen seltener einen völlig geraden, häufiger einen leicht nach der

Wirbelsäule hin ausgebogenen Verlauf. Hierbei zeigt sich deutlich das fast immer leicht vergrößerte Herz als alleinige Ursache, welche dem Bestreben des Oesophagus, sich völlig gerade zu stellen hindernd im Wege steht. Beweisend dafür ist die Beobachtung eines sonst völlig geraden Verlaufes der Speiseröhre, bei der eine eng umschriebene Ausbiegung gesehen wurde, hervorgerufen durch den infolge einer Mitralinsuffizienz verbreiterten linken Vorhof. In all diesen Fällen trat die beim normalen Individium sichtbare physiologische Speiseröhrenkrümmung im untersten Abschnitt nur bei geradem Verlauf in Erscheinung; bei bogenförmigem wurde sie durch die Ausbiegung ausgeglichen.

Die Gruppe 2 umfaßt die schwereren bis schwersten Grade der unkomplizierten Kyphoskoliosen. Hier wird der Oesophagus häufiger und stärker am geraden Weg gehindert; am meisten wohl durch das Herz, aber auch oft durch die anderen oben angeführten Ursachen. Bei geradem Weg tritt eine starke Verkürzung ein.

Im geraden Durchmesser ist eine mäßige Ausbiegung das Gewöhnliche, im ersten schrägen eine mittelstarke. Seltener ist der gerade Verlauf, ebenso das völlige Mitgehen mit der Wirbelsäule und die winklige Knickung.

Zwischen dem Oesophagus-Schatten und dem des Herzens befindet sich bei starken Krümmungen und Knickungen bisweilen ein freier Raum; der Beweis für obige Behauptung, daß das Herz nicht immer als Ursache für die Abweichung bei den höheren Graden in Frage kommt.

Der Druck des vergrößerten Herzens löst in gewissen Fällen durch Reizwirkung Dauerspasmen aus, die sich auf mehr oder weniger große Abschnitte der Speiseröhre erstrecken können. Nur ein einziges Mal wurde eine offenbare Invagination des Oesophagus beobachtet. Die pathologisch - anatomische Beobachtung von v. Hacker über Erweiterung des untersten Oesophagus-Abschnittes unter oben erwähnten Bedingungen konnte vor dem Röntgenschirm bestätigt werden.

Die letzte Gruppe umfaßt alle Rückgratsverkrümmungen, die auf tuberkulöser Basis des Wirbelkörpers beruhen. Neben allen oben geschilderten Bildern können Verdrängungen durch Kongestionsabscesse, Biegungen, Knickungen und Traktionsdivertikel — durch Verlötung an einen Wirbelkörper — auch röntgenologisch in Erscheinung treten.

Literaturnachweis.

1. Bachmann, Die Veränderungen an den inneren Organen bei hochgradigen Scoliosen und Kyphoskoliosen. Bibliotheka medica, Kassel.
2. Bampfield, R. W., Über die Krankheiten des Rückgrates und des Brustkorbes, deutsch von Siebenhaar. Leipzig 1831.
3. Barkow, Erläuterungen zur Lehre von den Erweiterungen und Verkrümmungen der Gefäße. 1871.
4. Barkow, Die Verkrümmung der Gefäße. 1869.
5. Bouvier, Lecons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. Paris 1858.
6. Busch, Allgemeine Orthopädie, Gymnastik und Massage aus v. Ziemssen, Handbuch der allgemeinen Therapie. Leipzig 1882.
7. Dehnert, A., Einiges über die Stenosen des Oesophagus. Inaugural-Dissertation, Marburg 1885.
8. Eichhorst, Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, Bd. I, 4. Auflage 1890.
9. Eisler, F., Wiener med. Wochenschrift 1912, Nr. 16, Der Verlauf der Speiseröhre beim normalen Individuum.
10. Engel, Über einige pathol.-anat. Verhältnisse des Herzens. Wiener med. Wochenschrift 1863, XIII, Nr. 44, 45, 46, 51, und 1864, XIV, Nr. 5, 7, 16, 17, 18.
11. Fagge, C. Hilton, Cases illustrating some remote effects of spinal deformities. Guy's Hospital Rep. Vol. XIX, 1874, S. 189.
12. v. Hacker, Die Kenntnis des Einflusses der Krümmungen der Wirbelsäule auf die Weite und den Verlauf des Oesophagus. Wiener med. Wochenschrift, 1887, Nr. 46.
13. Hoffa, Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. 1891.
14. Jarisch, Ein Fall von Tumor (Congestionsabsceß) im hinteren Mediastinum im Jahrbuch für Kinderheilkunde, NF VIII, 1875, S. 188.
15. Kovacs und Stoerk, Über das Verhalten des Oesophagus bei Herzvergrößerung. Wien. klin. Wochenschr. 1910, Nr. 42.
16. May, Zum Situs visverum bei Scoliosen. Deutsch. Arch. f. klin. Medizin, L 1892.
17. Meinel, Über Knochentuberkulose. Prager Vierteljahrsschrift X, Bd. III, S. 1, 1852.
18. Nicoladoni, Die Architektur der skoliotischen Wirbelsäule. Wien 1889.
19. Oppolzer, Klinische Vorträge über die Krankheiten der Speiseröhre. Wiener med. Wochenschr. 1851, Nr. 12 u. 25.
20. Paul, U. I., Lehrbuch der spez. Chirurgie I. Lahr 1861.
21. Penzold, F., Über die von Brustwirbelkaries ausgehende Oesophagusperforation und ihre Erkennung. Virchows Archiv LXXXVI, 1881.
22. Rokitanski, Handbuch d. spez. patholog, Anatomie. Wien 1844.
23. Roy, A., De scoliosi. Lugd. Batav. 1774.
24. Voigtel, C. E., De causis mechanicis, quae liberum ciborum stercorisque transitum per canalem cibarium impediunt.
25. Schilling, Die Orthopädie der Gegenwart. Erlangen 1860.
26. Werner, Grundzüge einer wissenschaftl. Orthopädie. Berlin 1852.
27. Witzel, Erworbene Krankheiten der Wirbelsäule aus Gerhardts Handbuch der Kinderkrankheiten VI, 1. Tübingen 1887.
28. Dehnert, A., Einiges über die Stenosen des Oesophagus. 1885.
29. Delpech, J., Die Orthomorphie. Aus dem Französischen. Weimar 1830.

Adolf Stenzel vorm. Brehmer & Minuth, Breslau I